

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

**“TENDENCIAS Y FACTORES ASOCIADOS A
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PERÚ:
Estudio basado en datos de ENDES 1996 – 2011”**

TESIS

**Para obtener el Grado Académico de Magister en Salud Infantil
Comunitaria.**

AUTOR

Jennifer del Pilar lihim prado

LIMA – PERÚ

2014

Dedicatoria

A Isabel y Susan

Agradecimientos

A mi querido asesor Miguel Dávila por sus
valiosos aportes y constante apoyo

ÍNDICE

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
II.	MARCO TEÓRICO.....	5
III.	IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
IV.	METODOLOGÍA.....	25
V.	RESULTADOS.....	28
VI.	DISCUSIÓN.....	37
VII.	CONCLUSIONES.....	42
VIII.	LIMITACIONES.....	43
IX.	RECOMENDACIONES.....	43
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

TENDENCIAS Y FACTORES ASOCIADOS A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PERÚ: Estudio basado en datos de ENDES 1996 - 2011

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Situación problemática

La evidencia de los beneficios de la lactancia materna (LM) para la salud del lactante y la madre al corto y largo plazo es sólida, tanto en países desarrollados como en desarrollo, y reconocida a nivel mundial.(Tarrant, Younger, Sheridan-Pereira, White, & Kearney, 2010)

La LM exclusiva (LME), esto es, la alimentación del lactante exclusivamente con leche materna(OMS, 2008) a partir de la primera hora de vida es una práctica recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de satisfacer las necesidades nutricionales y lograr un óptimo crecimiento y desarrollo.(Kimani-Murage et al., 2011a) Sin embargo, su cumplimiento varía mucho entre los países (desde menos de 30% hasta más de 60%) y no todos reportan datos al respecto.(UNICEF & MINSA, 2009)

Prácticas deficientes de LM y alimentación complementaria, junto con las altas tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas, son consideradas como las principales causas inmediatas de desnutrición en los primeros dos años de vida.(Kimani-Murage et al., 2011a) A pesar de ello, existe aún un enorme número de lactantes y de niños pequeños que son alimentados de forma inadecuada, lo que hace peligrar su estado de nutrición, crecimiento y desarrollo, su salud y su propia supervivencia.(*Estrategia Mundial Para la Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño*, 2003)Se estima que el no cumplimiento de la LME resulta en 1.4 millones de muertes y 10% de enfermedades en menores de 5 años. También se considera un impacto a largo plazo, que incluye un pobre rendimiento escolar, una productividad disminuida y un daño intelectual y social.(Setegn et al., 2012a) Es por ello que la prevalencia y la duración de la LM son importantes indicadores de

salud a nivel poblacional(Lauer, Betrán, Victora, de Onís, & Barros, 2004a) y representa la medida preventiva más eficaz para salvar las vidas de los niños.(Franco & López, 2010) Junto con las tasas bajas, el abandono precoz del amamantamiento acarrea considerables efectos adversos sanitarios, sociales y económicos(Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, & Vega Alonso AT, s. f.), tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

La LM es un comportamiento complejo que se ve influenciado en su inicio y duración por múltiples factores inherentes a la madre y al padre, características del recién nacido, factores relacionados con la atención del embarazo y del parto, experiencias previas de amamantamiento, otras prácticas de alimentación del lactante y factores sociales o comunitarios.(Santos-Torres MI, Vásquez-Garibay EM, Troyo-Sanromán R, & Méndez-de León E, s. f.)Sin embargo, uno de los principales obstáculos que se plantean a la hora de abordar el problema de la LM, es la escasez de información recogida de manera periódica y con criterios metodológicos rigurosos que permita establecer la magnitud real del problema, así como comparar la situación en las distintas regiones del mundo sobre la base de análisis estadísticos fiables.(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

2. Formulación del problema

¿Cuál es la tendencia y qué factores están asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú en el período 1996 – 2011?

3. Justificación de la investigación

Las investigaciones dirigidas al estudio de la LM a nivel poblacional son escasas. Los estudios de prevalencia realizados hasta la fecha han puesto de manifiesto la importancia que tienen determinados factores en la explicación de las diferencias observadas en las pautas de alimentación de los recién nacidos, tales como la edad materna, el nivel de estudios, el

apoyo familiar, la multiparidad, la educación materna o las prácticas hospitalarias adecuadas entre otros.(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)Considerando que las relaciones entre los tipos de lactancia y sus determinantes son diferentes entre los países y entre las distintas comunidades de un mismo país, su medición en cada contexto geográfico en particular es relevante porque las intervenciones para una adecuada promoción de la LM tienden a basarse en evidencias del propio medio.(Delgado-Becerra, Arroyo-Cabrales, Díaz-García, & Quezada-Salazar, 2006a) Por ello, se hace imprescindible contar con información rigurosa no sólo sobre la prevalencia de LM en el Perú, sino también sobre los factores favorecedores de la misma y sobre aquellos otros que suponen un obstáculo para conseguir una lactancia satisfactoria tanto para la madre como para el bebé, así como los relacionados a un inicio más precoz y a una duración mayor de la LM, todo ello con miras a reorientar los esfuerzos de promoción de la práctica de la LM en el Perú.

El desarrollo continuo de investigaciones clínicas y poblacionales y el estudio de los factores comportamentales son ingredientes esenciales para mejorar las prácticas de alimentación. Los puntos claves comprenden enfoques programáticos e intervenciones comunitarias encaminados a promover la lactancia materna así como a mejorar el estado de nutrición de las madres y los resultados del embarazo.(*Estrategia Mundial Para la Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño*, 2003)

Por último, numerosas investigaciones han demostrado los grandes beneficios de la LM para los lactantes, las madres, y la sociedad. La importancia de la práctica de la LM como factor determinante de la salud infantil y materna, hace que la protección, promoción y apoyo de la misma sea una prioridad nacional. De éste modo, el problema de investigación representa un problema prioritario de la salud pública en el Perú.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

- a. Describir las tendencias y factores asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 1996 – 2011.

4.2. Objetivos específicos

- a. Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el Perú durante el periodo 1996 a 2011.
- b. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú en 4 puntos de corte: 1996 (inicial), 2000 (intermedio I), 2006 (intermedio II) y 2011 (final).
- c. Identificar los factores individuales asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú en 4 puntos de corte: 1996 (inicial), 2000 (intermedio I), 2006 (intermedio II) y 2011 (final).
- d. Identificar los factores maternos asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú en 4 puntos de corte: 1996 (inicial), 2000 (intermedio I), 2006 (intermedio II) y 2011 (final).

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

- Niño *et al.* realizaron un estudio en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud, encontrándose una prevalencia de 45,8% de LME hasta los seis meses, la cual estuvo asociada con una lactancia previa exitosa (OR 5,4, 95% IC 2,2-13,2), sexo femenino del hijo (OR 5,5, IC 2,5-12,3), menor escolaridad materna (OR 5,4, IC 2,4-11,7) y sistema público de salud (OR 2,1, IC 1,0-4,5). Se muestra que el abandono de la LM muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos, además que las variables socio-demográficas influyen en una lactancia exitosa. Brindar información adecuada durante los controles de salud mejorarían esta situación. (Niño M, Silva E, & Atalah S, 2012)
- Boccolini *et al.* realizaron un estudio transversal con una muestra representativa de las madres atendidas en las maternidades de la ciudad de Río de Janeiro entre 1999 y 2001, mostrando que la LM durante la primera hora (16%) después del nacimiento se vio afectada por las prácticas inadecuadas en las maternidades, donde las madres tienen poca autonomía para amamantar a sus bebés dentro de la primera hora de vida. (Boccolini, Carvalho, Oliveira, & Vasconcellos, 2011)
- Örünet *et al.* realizaron un estudio descriptivo entre julio y octubre de 2006 con un total de 577 mujeres que participaron durante las 4 y 36 horas postparto. El estudio mostró que la prevención de los nacimientos prematuros, la limitación de la indicación de la cesárea, el manejo de la anemia materna, el embarazo normal y las visitas de seguimiento son importantes para la iniciación temprana de la LM. (Örün et al., 2010)
- Setegnet *et al.* (2012) realizaron un estudio transversal con 608 madres, encontrando que una gran proporción de niños no recibe LME durante los primeros 6 meses y que las madres eran menos propensas a practicarla LME.

La prevalencia de LME fue de 71.3%, mientras que la duración media de LME fue de tres meses. La edad del niño menor a dos meses y que la madre no trabaje fueron los factores asociados a LME encontrados en el estudio.(Setegn et al., 2012a)

- Kimani-Murage *et al.* (2011) realizaron un estudio con madres de 4.299 niños nacidos en Kenia entre septiembre de 2006 y enero de 2010 para identificar los factores asociados con el abandono de la LM y la introducción temprana de alimentos complementarios. El estudio encontró una baja adherencia a recomendaciones de la OMS para la lactancia materna y las prácticas de alimentación infantil. Se encontró que el 37% de los niños no recibió LM en la primera hora de vida y que la prevalencia de LME hasta los seis meses fue de 2%. Los factores asociados con estos resultados incluyen el sexo del niño, talla percibida al nacer, estado civil de la madre, nivel de educación, embarazo deseado y lugar de residencia.(Kimani-Murage et al., 2011a)
- Al-Sahab *et al.* (2011) analizaron los datos de una encuesta nacional dirigida a mujeres de mayores de 15 años con hijos nacidos vivos entre 2005 y 2006 en Canadá. Se encontró que la prevalencia de LME hasta los seis meses fue de 13.8%. Mayor nivel de educación, lugar de residencia, vivir con la pareja, multiparidad y mayor edad estuvieron asociados con una mayor probabilidad de LME. Por otro lado, fumar durante el embarazo, parto por cesárea, hospitalización del niño y madre que trabaja fueron factores asociados al abandono de LME.(Al-Sahab, Lanes, Feldman, & Tamim, 2010)
- Mascarenhas *et al.* (2006) estudiaron una cohorte de niños nacidos entre septiembre de 2002 y mayo de 2003 en la ciudad de Pelotas. En las madres de niños entre 1 y 3 meses encontraron que la LME durante los primeros 3 meses de vida es una práctica poco común, en particular cuando la madre trabaja fuera de casa, el padre tiene poca educación y se da al niño un chupón, lo que refuerza la necesidad de continuar estimulando la lactancia

materna exclusiva durante los primeros meses de vida. (Mascarenhas, Albernaz, Silva, & Silveira, 2006a)

- Delgado *et al.* (2006) estudiaron una cohorte de binomios madre-hijo con seguimiento de 6 meses, encontrando que la prevalencia de LME fue de 67.6% y que ésta se asoció únicamente a una escolaridad de 0 a 6 años. (Delgado-Becerra *et al.*, 2006a)
- Tarrant *et al.* (2010) realizaron un estudio en una muestra de mujeres en Irlanda que fueron reclutadas durante el período prenatal y re-evaluadas a las 6 semanas y 6 meses después del parto, encontrando que la prevalencia LM fue baja (0.2% a los seis meses). Los factores que estuvieron asociados significativamente con el inicio de la LM fueron: edad mayor a 35 años, nivel de educación y tomar la decisión durante el embarazo sobre la lactancia. (Tarrant *et al.*, 2010)

La literatura muestra una amplia revisión sobre prevalencia, inicio y continuidad de lactancia materna, así como de los factores que podrían estar asociados a dichos eventos. En la mayoría de ellos se obtienen resultados similares en cuanto a la baja prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad así como de las causas relacionadas a ello.

2.2 Bases teóricas

LACTANCIA MATERNA

Existe una fuerte evidencia en la literatura, con base en estudios epidemiológicos, modelos animales y ensayos clínicos, donde se destaca que las fases iniciales de la vida (período intrauterino y el primer año de vida) son sensibles a factores nutricionales y metabólicos que pueden determinar efectos a corto y largo plazo sobre la salud y el bienestar del individuo hasta la edad adulta. Los orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad sugieren que la inducción, supresión o daño en el desarrollo de una estructura somática permanente o ajuste de un sistema fisiológico,

por medio de la estimulación o agresión, que tiene lugar durante un período de susceptibilidad (fases tempranas de la vida), daría lugar a consecuencias a largo plazo para las funciones fisiológicas. (Caetano, Ortiz, Silva, Souza, & Sarni, 2010) Dentro de éste marco, la lactancia forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, que en el ser humano ha sido esencial para su supervivencia como especie y su alto desarrollo alcanzado en lo biológico, psicológico y social. (Ministerio de Salud, 2010)

La lactancia proporciona una adecuada nutrición, y asegura protección durante el período crítico del desarrollo en la etapa inicial de la vida, favoreciendo la adaptación y el aprendizaje de las conductas iniciales y el desarrollo de los sistemas vinculares, esenciales para la supervivencia y convivencia de los individuos y la cohesión de sus grupos sociales. (Ministerio de Salud, 2010)

Son innumerables las ventajas de la lactancia y es por ello, que se puede estimar la mortalidad y la morbilidad asociadas a su sustitución. (Weiser et al., 2009) (Li, Fein, & Grummer-Strawn, 2010) (Li et al., 2010) (Fein, Grummer-Strawn, & Raju, 2008)

La sociedad se beneficia económicamente del menor consumo de leches de alto costo, del desarrollo de individuos más sanos, y de mejor desarrollo vincular, elementos importantes en los países en desarrollo y en una sociedad convulsionada por la violencia. Según el Departamento de Agricultura de EE.UU., se ahorraría un mínimo de \$ 3,6 mil millones por año en atención de salud y costos indirectos si al menos el 75% de las madres iniciaran la lactancia materna, y un 50% alimentara con leche materna al bebé al menos hasta los 6 meses de edad. (Kaplan & Graff, 2008)

A la vista de sus propiedades y beneficios, la leche humana no puede compararse con ninguna leche artificial ni de otros animales, y puede visualizarse claramente la enorme pérdida que significó para la humanidad, un siglo de bajos índices de lactancia. (Ministerio de Salud, 2010)

Lactancia artificial

Existen importantes diferencias entre la leche materna y la de fórmula, tanto en la cantidad como en la calidad de los macro y micronutrientes que el niño recibe, además de dificultades para la preparación y mayor riesgo de enfermedades por contaminación de alimentos.(Fein et al., 2008)

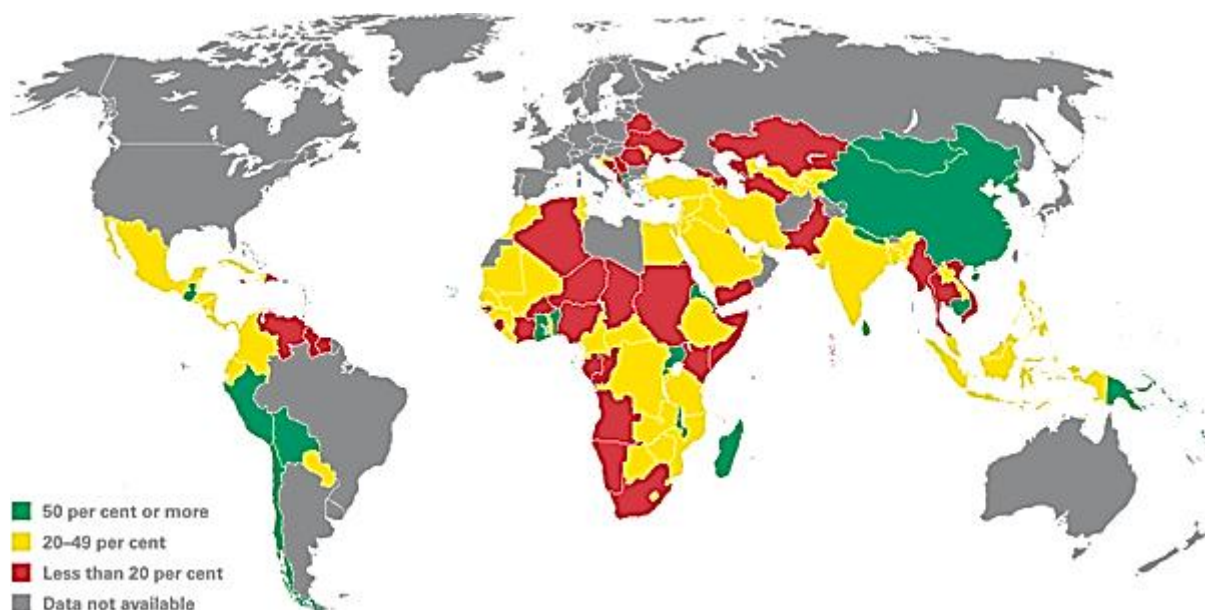
Hay una alteración funcional de la succión-deglución-respiración, mayor riesgo de caries, entre otras.(Ministerio de Salud, 2010) Sin embargo, cualquier forma de lactancia materna es todavía mejor para el bebé que recibir sólo fórmula infantil e incluso si las madres utilizaran algunas fórmulas infantiles, deben continuar la lactancia tanto como sea posible.(Inoue, Binns, Otsuka, Jimba, & Matsubara, 2012)

LACTANCIA MATERNA EN EL PERÚ Y EL MUNDO

La situación actual de los países del mundo revela un incremento de lactancia materna en niños menores de 2 años, pero aún es insuficiente para lograr las metas de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.(Gatica & Méndez de Feu, 2009) Por otro lado, la comparación de las tasas de lactancia materna entre países es problemático, el uso de diferentes definiciones, el momento y el método de la recolección de datos hacen que sea difícil comparar los datos con precisión.(Earle, 2002)

Se ha reportado que no más del 35% de los niños alrededor del mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros *cuatro* meses de vida(Setegn et al., 2012b)(Camargo Figuera, Fabio Alberto; Latorre Latorre, José Fidel; Porras Carreño, Johanna Andrea., 2011). Este promedio se eleva a 39% si sólo se consideran los países en desarrollo. (Kimani-Murage et al., 2011b)(Lauer, Betrán, Victora, de Onís, & Barros, 2004b). De este modo, mientras que en Estados Unidos o Alemania el cumplimiento de la LME es tan bajo como de 13% o 22%, respectivamente, en países en vías de desarrollo como Brasil (40%), Colombia (43%) y Bolivia (60%) el cumplimiento es mucho mayor.(OMS, 2012)

Figura 1. Porcentaje de niños menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna (2000-2006)



Fuente: UNICEF

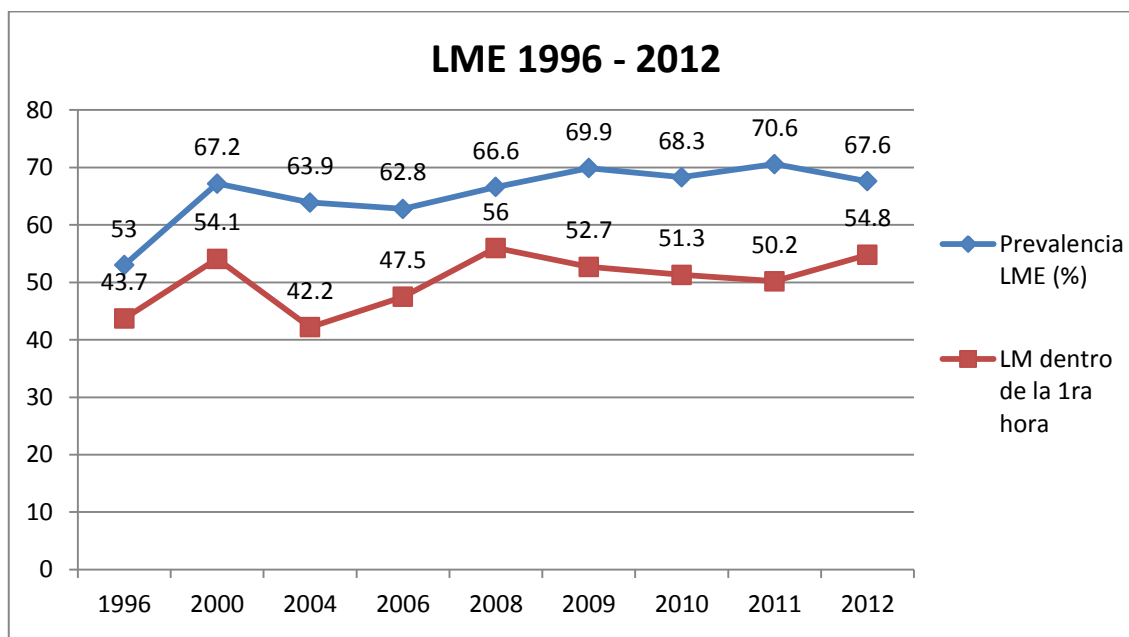
Epidemiología de la lactancia materna en el Perú

En el Perú, datos nacionales publicados en el año 2000, revelaron que para el año 1992 la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses era del 20%, aumentando al 38% para el año 1996. (Sánchez-Jaeger, Barón, Solano Rodríguez, Guerrero, & Díaz, 2008)

De acuerdo a la ENDES 2009, el 69% de los niños y niñas menores de seis meses en el Perú son alimentados de manera exclusiva con leche materna. Esta proporción no muestra variaciones significativas con respecto a la que se registró en la ENDES 2000 (67%). La información por área de residencia y por región natural, a lo largo del período 2000-2009, indica que hay un estancamiento en la cobertura de la lactancia materna exclusiva.(UNICEF, 2011)

Al 2011, 70.6% de los niños menores de 6 meses se alimentan con lactancia materna exclusiva.(MINSA, 2012) (Figura 2)

Figura 2. Evolución de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses (ENDES; 1996– 2011)



Fuente: ENDES 1996 – 2012

Para el año 2012, la lactancia materna exclusiva bajó a 67,6%. Esto puede deberse a varios factores, sobretodo con los relacionados a las primeras horas de vida del recién nacido.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el indicador de la venta de sucedáneos de la leche materna, que viene incrementándose en precios, valores y unidades, destacando especialmente el aumento de ventas de fórmulas para menores de un año. Entre el 2005 y el 2010 el número de unidades vendidas de sucedáneos de leche materna y alimentos infantiles se triplicó y los volúmenes de venta se septuplicaron, lo cual podría estar influyendo de alguna manera, en el escaso incremento de la lactancia materna exclusiva en este periodo.

FACTORES ASOCIADOS A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)

La lactancia materna es considerada como el fenómeno biocultural por excelencia, ya que, además de ser un proceso biológico está determinado por la cultura. (Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

Numerosos factores influyen en la decisión de la madre de si debe o no amamantar, (Victora et al., 2008) los cuales incluyen factores biológicos, sociodemográficos, económicos, culturales, sociales y familiares.(Galiano, 2010)

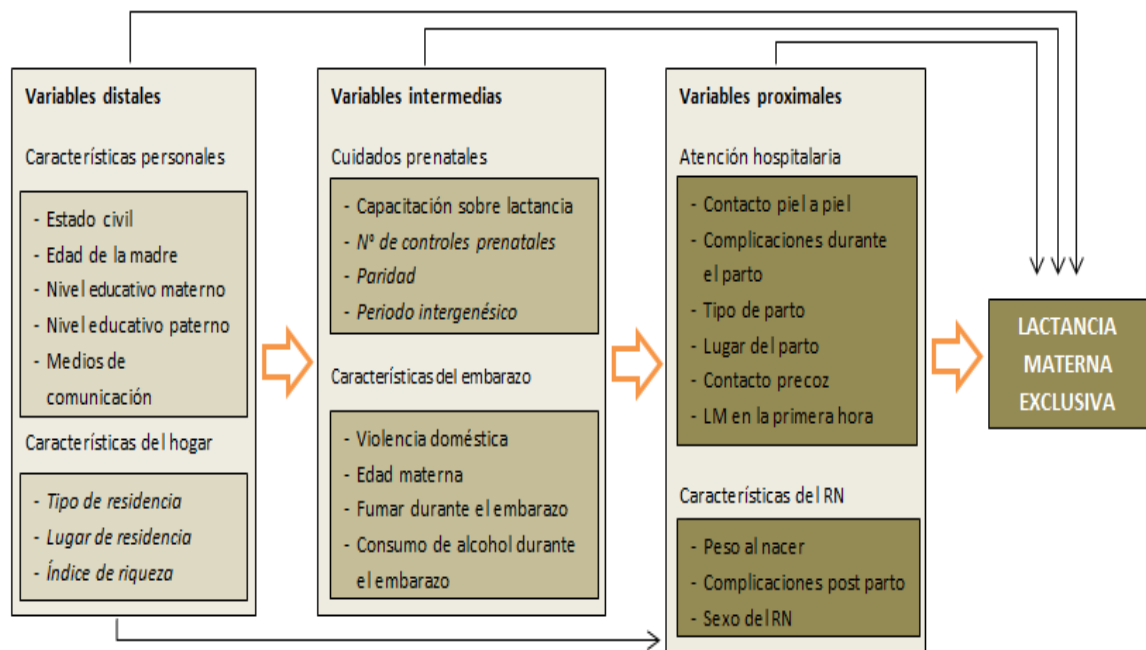
Desde una visión externa, existen factores bien definidos que tendrían que ver con la declinación de la lactancia materna en el mundo como el tipo de parto o la información que tenga la madre sobre lactancia materna. Por otro lado, la constante publicidad de fórmulas lácteas también juega un papel importante en el tipo de alimentación que reciba el niño. (Figura 3)



Algunos estudios señalan factores maternos asociados positivamente con la LME como el mayor nivel de educación, relación marital estable, edad gestacional mayor de 37 semanas y la experiencia previa de lactancia de la madre.(Mascarenhas et al., 2006a) Asimismo, otros factores que se han asociado a un abandono precoz de la lactancia, incluyen la edad materna menor de 20 años, estado civil de la madre, el regreso de la madre al trabajo, falta de apoyo familiar, el alto nivel de ansiedad materno (Delgado-Becerra et al., 2006a), factores estéticos maternos(Niño M et al., 2012), bajo ingreso familiar, primer embarazo de la madre y el uso de chupones.(Mascarenhas et al., 2006a)En la figura 4, se presenta una

propuesta de un modelo de los factores que podrían estar asociados a lactancia materna exclusiva, el cual servirá de guía para el análisis de los datos, puesto que las variables presentadas en este modelo coinciden en su mayoría con los datos que tiene ENDES.

Figura 4. Modelo propuesto de análisis de factores asociados a LME.
(Boccolini et al., 2011)



Nivel educativo de la madre

La educación materna es una de las variables más relacionada con el estado de salud de una población, comunidad o individuo. La escolaridad materna constituye un factor de protección contra la malnutrición del niño. UNICEF considera que la alfabetización y la progresión en los niveles educativos, específicamente de la madre, son un factor importante para la salud en general y, en particular del desarrollo infantil. (Gatica & Méndez de Feu, 2009)

Rol del padre

Estudios recientes, han comenzado a reconocer la importancia del papel de los hombres en el embarazo, el parto y la crianza de los hijos; y es así que el apoyo de los hombres para la lactancia materna ha sido reconocida como

importante en la decisión de las mujeres en cuanto al tipo de lactancia.(Earle, 2002)

Tipo de parto

Tanto el tipo de parto como el protocolo aplicado tras el mismo inciden significativamente en la probabilidad de inicio de la lactancia. (Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)El efecto de la cesárea en el retardo de la primera toma se muestra en varios estudios y puede estar relacionado con los efectos de la anestesia, los procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo posparto(Boccolini et al., 2011) y la recuperación de la madre.(Orün et al., 2010)

El nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5 y 15% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando en el Perú y revelando inequidades importantes(INEI, 2011), encontrándose un 9% para el año 1996 hasta un 23% para el 2011.

Contacto precoz

La OMS y UNICEF recomiendan a las madres a tener contacto piel a piel durante al menos 60 minutos inmediatamente después del parto y luego apoyar la lactancia materna en el "alojamiento conjunto".(Inoue et al., 2012) Se ha demostrado que el contacto precoz estrecha los lazos afectivos madre-hijo, reserva energía y permite una mejor adaptación metabólica, mejora los movimientos de reptación y succión del bebé y se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna.(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

Lactancia materna en la primera hora de vida

El período más crítico del inicio de la lactancia materna es durante las primeras 0.5 – 2 horas después del nacimiento.(Orün et al., 2010) La lactancia durante la primera hora de vida es una recomendación de la OMS y se basa en la capacidad del recién nacido de interactuar con sus madres en los primeros minutos de vida. Además, aumenta la duración de la lactancia materna, la prevalencia de la lactancia materna en los hospitales y

reduce la mortalidad neonatal. El conjunto de prácticas, rutinas y la calidad de recursos humanos de los hospitales de maternidad puede interferir en el tiempo que transcurre hasta la primera toma.(Boccolini et al., 2011) Varios estudios han argumentado que los procedimientos neonatales rutinarios son barreras que retrasan innecesariamente la iniciación temprana de la lactancia materna y, a su vez afecta a la duración de la lactancia materna.(Inoue et al., 2012)

En los últimos años, se han dado campañas que buscan fomentar el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida pero ésta aún no es una práctica generalizada en el Perú, en especial en las áreas urbanas. Mientras en las áreas rurales casi 8 de cada 10 niños lactaron durante la primera hora de vida, en Lima Metropolitana sólo 5 de cada 10 tuvieron la oportunidad de hacerlo.(UNICEF, 2011)

Peso del niño al nacer

Efectivamente, los partos prematuros, de bajo peso y gemelares presentan un mayor índice de permanencia en el hospital tras el alta de la madre y una menor probabilidad de ser puestos al pecho en la primera hora tras el parto y de permanecer alojados junto a la madre. (Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

Capacitación sobre LM

La fisiología de la lactancia humana es sumamente compleja, pero la lactancia eficaz no está determinada por la frecuencia, la duración, los intervalos, y el emparejamiento de las alimentaciones. En su lugar, se ve influido por las interacciones entre 4 elementos principales: características de cómo el cuerpo de la madre produce y almacena la leche que varía según la hora del día, cómo el niño vacía la mama en cada toma, las variaciones en 24 horas de la necesidad de lactancia del niño, y de cual mama el niño se alimenta primero. Debido a que ninguno de estos elementos está relacionado con los temas de asesoramiento común de lactancia, algunas madres cuyos niños no se adaptan a las expectativas específicas inherentes al consejo común, podrían innecesariamente (y antes de tiempo) suspender

la lactancia materna como consecuencia de una mala interpretación de una variante benigna como un problema.(Shealy, Scanlon, Labiner-Wolfe, Fein, & Grummer-Strawn, 2008)

Por otro lado, los padres depositan una gran confianza y buscan la experiencia de los profesionales de la salud sobre cuestiones relacionadas con la alimentación infantil; sin embargo, no siempre reciben el tipo de información que necesitan.(Shealy et al., 2008)

El apoyo profesional adecuado es una estrategia basada en la evidencia que mejora los resultados en relación a la lactancia materna. La Academia Americana de Pediatría señala a los pediatras en particular, y los profesionales de la salud en general, como defensores importantes del fomento de la lactancia materna y para ganar y mantener el conocimiento y las destrezas relacionadas con el manejo de la lactancia. Sin embargo, existen pocas vías para profesionales de la salud para aprender acerca de las prácticas de lactancia materna. La lactancia no es un elemento central de la formación médica y la información sobre lactancia en textos médicos es a menudo incompleta, inconsistente e imprecisa.(Shealy et al., 2008)Una adecuada información, educación y comunicación es crucial para el restablecimiento de una cultura de lactancia.(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

Experiencia previa de lactancia

Las mujeres tienen muy poca experiencia visual de lactancia materna, y esto influye tanto en el inicio como en la duración de la lactancia.(Earle, 2002) Se han reportado estudios en el que la experiencia de lactancia anterior se asocia positivamente con la intención e iniciación; y que el número de niños se asocia positivamente con la iniciación e inversamente con la intención. (Orün et al., 2010)

Consumo de tabaco y/o drogas

Las mujeres que fuman son menos propensas a amamantar que las que no fuman. Muchas hipótesis han explorado la asociación entre el tabaquismo y

lactancia materna, incluidos los mecanismos biológicos (por ejemplo, los efectos de la nicotina sobre la dopamina y prolactina) y los factores de comportamiento (educación, estado civil, empleo), y la intención de dar el pecho.(Weiser et al., 2009) La decisión de continuar fumando durante y después del embarazo y el grado en que esas decisiones afectan a la lactancia materna puede aumentar el riesgo de desarrollo de resultados adversos durante el primer año de vida.(Weiser et al., 2009)

Medios de comunicación

Los medios de comunicación influyen en las posturas del público relativas a la crianza de los hijos, la atención a los niños y los productos de alimentación. Su información sobre este tema, la manera en que presentan la maternidad, la paternidad, la atención de los hijos, así como los productos debería ser exacta, actualizada y objetiva. (*Estrategia Mundial Para la Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño*, 2003)

La industrias de fórmulas lácteas ha invertido las tendencias de lactancia materna sobre todo a la alimentación con fórmula a través de estrategias de marketing dirigido a hospitales, proveedores de salud, y al público en general.(Kaplan & Graff, 2008)

Medicación durante el trabajo de parto

Los medicamentos para el dolor durante el parto, especialmente la analgesia epidural, puede ser una barrera para el éxito de la lactancia. Hay algunas pruebas que señalan que los analgésicos pueden cruzar la placenta, lo que induce a un estado de somnolencia infantil y disminución de reflejos de succión.(DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2008)

Anemia

Madres adolescentes con anemia fueron menos propensas a amamantar a sus bebés. Una de las explicaciones posibles es que las madres anémicas se cansan con facilidad, influyendo en la disposición para amamantar, lo que afecta negativamente a la lactancia materna. La prevención de la anemia

materna no sólo mejora la salud del binomio madre-hijo, sino también aumenta el éxito de la lactancia.(Orün et al., 2010)

Trabajo de la madre

La expansión de la urbanización aumenta el número de familias que dependen de empleos no estructurados o intermitentes, con ingresos variables y prestaciones de maternidad escasas o nulas. (*Estrategia Mundial Para la Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño*, 2003) Además, la creciente incorporación de la mujer al trabajo, podría estar relacionada con la disminución de la lactancia en las zonas urbanas del país y el alto consumo de fórmulas lácteas que comercializa la industria farmacéutica.

Las mujeres que trabajan tienen derecho a contar con lactarios en sus centros de labores y a una hora de lactancia durante su jornada para extraer su leche. Se estima que hay entre 2500 y 3000 entidades públicas que deberían tener un lactario pero hasta el momento sólo se han instalado 300 lactarios en empresas públicas y 70 en empresas privadas.

INTERVENCIONES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

En 1974, se llevó a cabo la 27ª Asamblea Mundial de la Salud en la que se notificó el descenso significativo de las prácticas de lactancia natural en la mayor parte del mundo.(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

En 1978, la 31ª Asamblea Mundial de la Salud identifica la prevención de la malnutrición infantil como una prioridad de salud pública y la lactancia materna como una importante vía para conseguir dicho objetivo. (Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

A finales de 1979, la OMS y UNICEF llevaron a cabo la elaboración del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.(Kaplan & Graff, 2008)

En 1989, data la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre la “Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: el papel esencial de los servicios de maternidad”. En esta declaración se recogen los Diez Pasos hacia una

Feliz Lactancia Natural, y que conformarán los cimientos de la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños — IHAN”(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)(DiGirolamo et al., 2008)(Orün et al., 2010) En el Perú fueron acreditados 90 hospitales entre 1994 y 1997 (UNICEF & MINSA, 2009)pero en la actualidad es necesario y urgente impulsar la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, con la acreditación de nuevos establecimientos de salud y la recertificación de los ya acreditados.

En 1990, a través de la Declaración de Innocenti, se reconoce la superioridad de la alimentación al pecho sobre la lactancia artificial y supone el impulso definitivo del marco político para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. (Aguayo Maldonado; p. et al., 2005)

En 1992, el Plan de acción de la Cumbre Mundial sobre Nutrición, definió la lactancia materna como uno de los temas principales en nutrición.

1993, el Ministerio de Salud (MINSA) declaró la primera Semana de agosto como la “Semana de la Lactancia Materna”.

1994. Cumbre Internacional sobre Población y Desarrollo se destacan los beneficios que tiene esta forma de alimentación sobre la salud materna.

1995. Cumbre Mundial de Pekín sobre Mujer y Desarrollo resalta la necesidad de facilitar la lactancia materna para las madres trabajadoras.

1998-2008, Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna. Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF.(UNICEF, 2011)

2000, a través de la RM N° 240-2000-SA/DM, se declaró a la cuarta semana de agosto de cada año, como la “Semana de la lactancia materna en el Perú”.(Maguiña, Miriam, s. f.)

En el 2002, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002 – 2010 propone como uno de sus objetivos, que todos los niños menores de 2 años accedan a la lactancia materna y a la alimentación complementaria óptima.

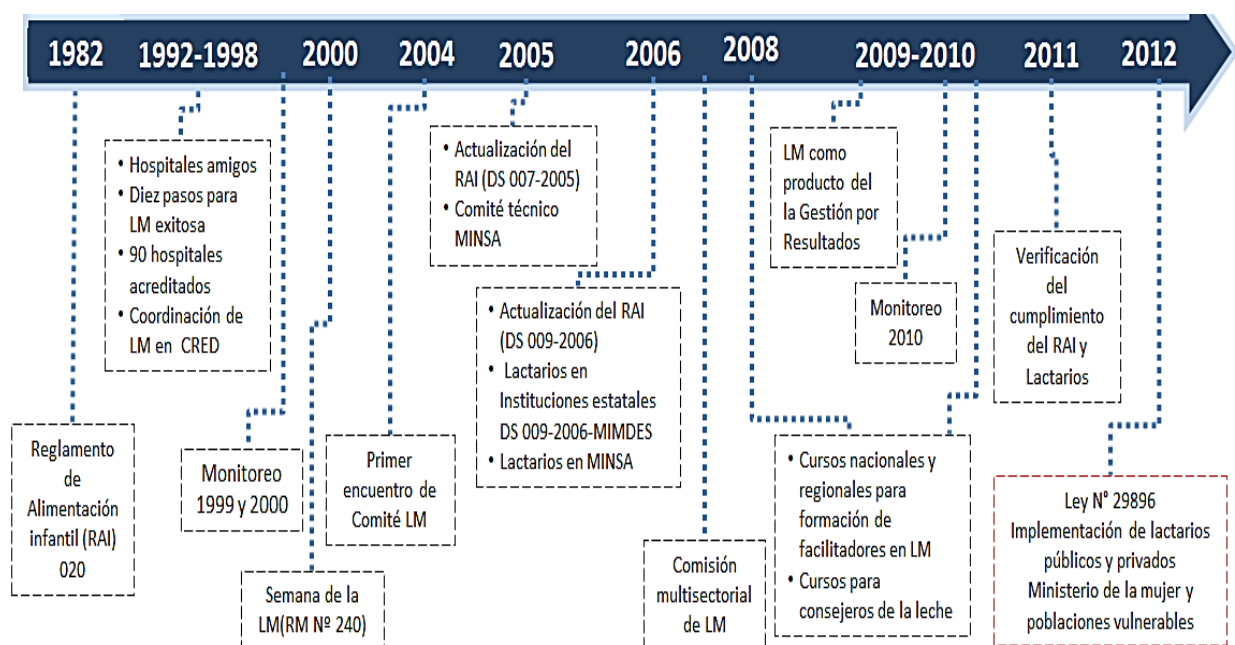
En el 2006 la 59ª Asamblea Mundial de Salud insta a los Estados Miembros a reactivar la IHAMN, considerando que ha habido un retroceso en los hospitales y que las tasas de lactancia materna exclusiva en el mundo son relativamente bajas.

En el Perú, en el 2006 se promulga un nuevo Reglamento de Alimentación Infantil (D.S. N° 009-2006-SA). Ese mismo año se dispone la ampliación de la hora de lactancia para madres trabajadoras en caso de nacimientos múltiples y la obligación de las Instituciones del Sector Público de implementar lactarios en donde laboren 20 o más mujeres en edad fértil (D.S. N° 009-2006-MIMDES y RM N° 959-2006/MINSA).(UNICEF, 2011)

En el 2007, la OMS publica una revisión sistemática y meta-análisis del impacto a largo plazo del amamantamiento.

En el 2008 se crea la Comisión Nacional Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (Decreto Supremo N.º 018-2008-SA) (UNICEF & OPS, 2011)

Figura 4. Procesos para la promoción y protección de la lactancia materna en el Perú



Fuente: Comisión multisectorial para la promoción y protección de la lactancia materna - MINSA

Finalmente, los países que han mejorado las tasas de lactancia materna por lo general han tenido un programa nacional de promoción y han involucrado a la sociedad en su conjunto para apoyar la lactancia materna.(Inoue et al., 2012)

Figura 5. Puntos críticos para apoyar la práctica de la lactancia materna

Etapa	Prentala	Parto	Retorno al hogar	Retorno al trabajo rutinario	Fin de la LME	Al año
	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Tiempo	9 meses	48 horas	Hasta las 6 semanas	6 semanas a 6 meses	6 meses	12+
I N T E R V E N C I Ó N	Información sobre LM; examinar los pezones	Alojamiento conjunto; IHAN; iniciación precoz de la lactancia; no uso de prelácteos; educación y apoyo	Información; apoyo en el hogar, sistema de salud, y en la comunidad; licencia de maternidad para establecer lactancia materna exclusiva (LME)	Información; apoyo en el hogar, la comunidad, sistema de salud, y lugar de trabajo para mantener LME	Información; apoyo; continuación de la lactancia con alimentación complementaria, apropiada y suficiente	Continuación de la lactancia con alimentación complementaria apropiada y suficiente

Fuente: PRAIL-LAC. Washington, D.C., OPS/OMS, 1994.

III. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Indicadores	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valor final
Factores socio – demo- gráficos	Región de residencia	Región en la que se encuentra la vivienda del hogar al cual pertenece el individuo de estudio	Cualitativa	Nominal	Costa Sierra Selva
	Tipo de residencia	Clase de zona en la se encuentra la vivienda del hogar al cual pertenece el individuo de estudio	Cualitativo	Nominal	Urbano Rural
	Edad de la madre	Tiempo de vida en años de la madre al momento de la encuesta	Cuantitativo	Razón	Edad
	Nivel educativo materno	Categoría correspondiente al programa educativo de mayor grado alcanzado por la madre	Cualitativo	Ordinal	Ninguno o preescolar Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario
	Nivel educativo paterno	Categoría correspondiente al programa educativo de mayor grado alcanzado por el padre	Cualitativo	Ordinal	Ninguno o preescolar Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario
Factores maternos	N° de controles prenatales	Número de controles prenatales en total durante todo el embarazo	Cuantitativo	Razón	N° controles
	Sexo del niño	Condición biológica del niño al nacer según informe	Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino

	Lugar del parto	Lugar donde fue atendida la madre en el momento del parto	Cualitativo	Nominal	Institucional Vivienda Otro
	Tipo de parto	Vía de culminación del embarazo actual	Cualitativo	Nominal	Vaginal Cesárea
	Complicaciones durante el parto	Presencia de complicaciones durante el parto	Cualitativo	Nominal	Sí No
	Complicaciones postparto	Presencia de complicaciones durante el puerperio inmediato	Cualitativo	Nominal	Sí No
	Contacto piel a piel	Colocación del recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después.	Cualitativo	Nominal	Sí No
	Inicio temprano de LM	Condición que cumple todo niño de haber recibido lactancia materna en la primera hora de vida	Cualitativo	Nominal	Sí No
	Peso al nacer	Peso del niño, en kilos, al momento de nacer	Cuantitativo	Intervalo	Peso
	Capacitaciones sobre LM	Condición de haber recibido capacitación sobre lactancia materna	Cualitativo	Nominal	Sí No
	Paridad materna	Partos previos que reporta la madre según informe de la encuesta	Cuantitativo	Razón	Nº hijos
	Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido en meses desde el término del último embarazo hasta el inicio del actual	Cuantitativo	Razón	Tiempo

Factores individuales	Consumo de tabaco	Situación de consumo según informe de la encuesta	Cualitativo	Nominal	Sí No
	Violencia emocional sobre la madre	Víctima de violencia de tipo de emocional según reporte de la madre	Cualitativo	Nominal	Sí No
	Medios de comunicación	Frecuencia con la que la madre lee periódicos y/o revistas y/o mira televisión	Cualitativo	Ordinal	Casi nunca Menos de una vez/sem. Al menos una vez/sem. Casi siempre
Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna exclusiva	Condición que cumple todo niño de 6 meses o menos catalogado como “actualmente lactando”, cuya madre niega haberle provisto de alimento alguno diferente a la leche materna durante los primeros 3 días de vida o (y) durante el último día previo a la realización de la encuesta.	Cualitativo	Nominal	Sí No

IV. METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

a. Tipo de estudio: Descriptivo

b. Diseño de investigación: Transversal

c. De acuerdo a la fuente de información, el presente corresponde a un análisis secundario de las bases de datos de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú durante los años 1996 a 2011 mediante la realización de las encuestas del mismo nombre.

2. Unidad de análisis

Las unidades de análisis corresponden a las consideradas en la investigación original, esto es, el sujeto de observación: madre y niño

3. Población de estudio

La población de estudio corresponde a la considerada en la investigación original, de tal forma se incluye a todas aquellas mujeres en edad fértil y sus niños menores de 5 años.

4. Tamaño de la muestra

La ENDES 1996 posee una muestra constituida por 31 241 mujeres de 15 a 49. Para la ENDES 2000, el número de conglomerados fue de 1414, generando 27 843 mujeres elegibles para la entrevista en hogares seleccionados. En el caso de la ENDES 2006 y 2011, la muestra estuvo constituida por 17 515 y 22 517, respectivamente.

5. Selección de la muestra

La ENDES es un marco maestro que se elaboró con información de los Censos Nacionales de Población y Vivienda, y corresponde a una gran muestra probabilística, de áreas, estratificada, bietápica e independiente en cada departamento del país. Esta muestra se selecciona en dos etapas: la selección de conglomerados en la primera y la selección de viviendas en la segunda etapa.

6. Técnicas de recolección de datos

La ENDES utiliza como técnica el encuestamiento personal (“cara a cara”), llevado a cabo por personal previamente entrenado mediante la visita vivienda por vivienda, recogiendo la información en la encuesta familiar y, en aquellas viviendas donde se encuentre población objetivo (mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años), la encuesta individual. La ENDES utiliza como instrumento una encuesta doble, una familiar (dirigida al hogar) y otra individual (dirigida a las mujeres de 15 a 49 años y sus hijos menores de 6 años). Ambas encuestas incluyen preguntas abiertas y cerradas.

7. Análisis e interpretación de la información

PLAN DE TRATAMIENTO DE LA DATA

Se seleccionaron los segmentos de base de datos de ENDES del grupo de la encuesta dirigida a la mujer en edad fértil.

Todos estos segmentos se obtuvieron en formato “.sav” (formato electrónico para el software SPSS) para su posterior conversión en archivos con la extensión “.dta” (formato electrónico para el software Stata). Luego de ello se procedió a fundir y añadir variables a la base REC42 tomando en cuenta las variables HHID (identificador del hogar) y CASEID (identificador de la mujer en edad fértil) como variables claves. Teniendo la fusión de las bases se procedió a fundir y añadir datos, obteniéndose una sola base consolidada LACTANCIA-XX, siendo XX el año correspondiente a la realización de la ENDES respectiva.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

El procesamiento estadístico fue de tipo descriptivo y analítico bivariado inferenciales, mediante el uso del paquete de software estadístico Stata (versión 12.0, StataCorp, CollegeStation, TX). Se trabajó con un nivel de confianza del 95% ($\alpha=0.05$).

Para la estadística descriptiva, según la naturaleza de la variable, se calcularon las proporciones (para variables categóricas) y promedios (para variables cuantitativas) poblacionales (puntuales y por intervalos) para cada variable. Por lo reducido de la subpoblación seleccionada para el análisis de LME, se trataron los datos para este análisis como un diseño que consideró solamente conglomerados y factores de expansión, pero no estratos. En el resto de análisis se consideró todas las características del diseño del survey utilizado.

Las asociaciones significativas ($p < 0.05$) fueron exploradas con los modelos estadísticos apropiados de manera independiente entre sí. La significancia fue evaluada mediante las pruebas de chi cuadrado de Pearson y test de Wald.

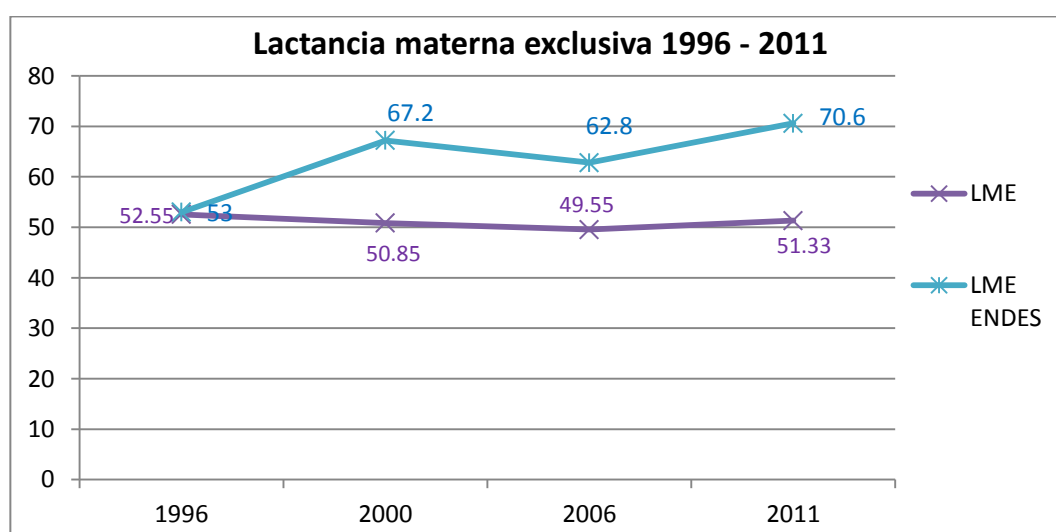
Para la estimación de los factores asociados a LME se utilizó un modelo del tipo *Generalized Linear Model* (GLM) o de Poisson robusto en caso de ausencia de convergencia para el modelo GLM.

V. RESULTADOS

Tendencia de LME y sus principales indicadores en el Perú entre el periodo 1996 – 2011

Los resultados muestran prevalencias de LME menores que las reportadas por INEI. Al analizar las cifras de LME a lo largo de los años obtenidas en este estudio, no se observa un incremento en la prevalencia en comparación con los datos obtenidos por ENDES. (Grafico 1)

Gráfico 1. Comparación de prevalencias de LME obtenidas por ENDES y por este estudio durante 1996 - 2011



Fuente: Datos de ENDES 1996 – 2011

Características sociodemográficas relacionadas al cumplimiento de LME en el periodo 1996 - 2011

Los datos muestran un cumplimiento de la LME menor del 50% en la Costa, a diferencia de la Sierra y Selva, donde se observa un cumplimiento mayor en todos los periodos de estudio. En el año 2006 se observa en la Costa el punto más bajo de LME con un 32.01% (IC: 18.75 – 49.00) y en la Selva el punto más alto el año 2011 con un 69.91 (IC: 61.90 – 76.85). Según el tipo de residencia, la LME es significativamente menor en la zona urbana que en la rural en todos los años de estudio (Tabla 1).

De acuerdo al nivel educativo materno y paterno, se observó un menor cumplimiento de LME en aquellos padres con más años de estudio o mayor grado alcanzado.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población nacional de niños de 5 meses o menos, según condición de alimentación exclusivamente con lactancia materna.

Características sociodemográficas	1996 (n=1530)			2000(n=1161)			2006(n=252)			2011(n=788)		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Región de residencia												
Costa	41.16	[35.47 – 47.10]	Ref	41.43	[34.80 – 48.39]	Ref	32.01	[18.75 – 49.00]	Ref	38.20	[29.99 – 47.14]	Ref
Sierra	62.54	[57.92 – 66.95]	£	58.62	[53.39 – 63.66]	£	64.38	[52.19 – 74.95]	£	60.68	[53.87 – 67.09]	£
Selva	58.80	[52.40 – 64.92]	£	57.17	[50.65 – 63.46]	£	62.57	[48.87 – 74.52]		69.90	[61.90 – 76.85]	£
Tipo de residencia												
Urbana	44.30	[39.60 – 49.11]	Ref	42.85	[37.24 – 48.65]	Ref	38.28	[26.76 – 51.29]	Ref	41.40	[34.83 – 48.29]	Ref
Rural	64.06	[59.67 – 68.22]	£	60.30	[55.36 – 65.04]	£	65.62	[53.63 – 75.91]	£	69.28	[62.58 – 75.25]	£
Edad de la madre*	26.45	[25.82 – 27.09]		26.49	[25.84 – 27.13]		27.24	[25.74 – 28.75]		26.30	[25.49 – 27.11]	
Estado civil de la madre	NS			NS			NS			NS		
Estado laboral de la madre	NS			NS			NS			NS		
Nivel educativo materno (años)*	5.66	[5.26 – 6.06]	£	7.21	[6.73 – 7.68]	£	7.90	[6.77 – 9.04]		8.09	[7.55 – 8.62]	£
Nivel educativomaterno												
Ninguno o preescolar	67.17	[58.44 – 74.85]	Ref	87.05	[39.83 – 98.56]		53.04	[18.68 – 84.75]		80.24	[47.75 – 94.75]	Ref
Primaria	65.07	[60.13 – 69.72]		56.24	[50.59 – 61.73]		58.54	[45.18 – 70.76]		73.35	[64.53 – 80.64]	
Secundaria	43.30	[37.90 – 48.86]	£	52.40	[45.67 – 59.04]		46.33	[32.18 – 61.09]		49.59	[42.91 – 56.28]	
Superior no univ.		ND		29.90	[21.03 – 40.58]		43.70	[23.99 – 65.63]		35.74	[24.23 – 49.16]	
Superior univ.	33.80	[25.85 – 42.79]	£	27.78	[15.50 – 44.65]		34.86	[8.55 – 75.39]		15.65	[6.79 – 32.09]	£
Nivel educativo paterno (años)*	7.24	[6.84 – 7.63]	£	8.70	[8.27 – 9.12]	£	8.81	[7.70 – 9.91]		8.60	[8.21 – 8.99]	£
Nivel educativo paterno	NS			NS			NS			NS		

(*): Valores presentados como promedios. £: Significancia estadística en relación al grupo de referencia basado en la diferencia en los valores de intervalo (inferencia). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales). NS: No significativo

Fuente: Base de datos ENDES 1996 - 2011

Características maternas (embarazo, parto y postparto) relacionadas al cumplimiento de LME en el periodo 1996 - 2011

Para el año 1996 y 2011, se observó que el número de controles prenatales y la edad promedio del niño influyeron en el cumplimiento de la LME. Para el año 2011, un número mayor de hijos (2.73, IC: 2.50 – 2.97) estuvo asociado con un mayor cumplimiento de LME. Para el año 1996, un periodo intergenésico menor (39.56, IC: 36.67 – 42.45), así como un mayor peso al nacer (6.03, IC: 5.70 – 6.36) estuvieron asociados con un mayor cumplimiento de LME. En el caso del lugar del parto, LME fue significativamente menor en el grupo de madres cuyo parto fue institucional (42.66%, IC: 37.83 – 47.63) que en el grupo de madres cuyo parto ocurrió fuera de un establecimiento de salud (63.35%, IC: 59.15 – 67.35) (Tabla 2).

Para el año 2000 y 2011, el parto por cesárea estuvo asociado con un bajo cumplimiento de LME, la cual fue significativamente mayor en los grupos de niños que iniciaron precozmente la lactancia materna. Se observó un bajo cumplimiento de LME en todos los años de estudio en aquellos niños que usaban biberón.

Tabla 2. Características del embarazo, parto y postparto de la población nacional de niños de 5 meses o menos, según condición de alimentación exclusivamente con lactancia materna.

Características maternas	1996(n=1530)			2000(n=1161)			2006(n=252)			2011(n=788)		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
N° CPN*	3.63	[3.25 – 4.01]	£	5.57	[5.16 – 5.99]		7.11	[6.30 – 7.93]		7.72	[7.37 – 8.07]	£
Paridad materna*	3.33	[3.10 – 3.55]		2.98	[2.74 – 3.22]		2.88	[2.47 – 3.29]		2.73	[2.50 – 2.97]	£
Periodo intergenésico*	39.56	[36.67 – 42.45]	£	46.60	[43.07 – 50.14]		53.91	[44.32 – 63.49]		54.60	[50.07 – 59.13]	
Consejería en LM	NS			NS			NS			NS		
Parto institucional												
No	63.35	[59.15 – 67.35]	Ref	54.59	[49.22 – 59.86]		NS			NS		
Sí	42.66	[37.83 – 47.63]	£	48.13	[42.91 – 53.39]							
Parto por cesárea												
No	53.45	[49.89 – 56.98]		53.18	[49.05 – 57.27]	Ref	55.26	[45.40 – 64.74]		60.10	[54.72 – 65.25]	Ref
Sí	44.29	[33.60 – 55.53]		32.61	[22.94 – 44.08]	£	27.21	[12.11 – 50.34]		23.03	[15.47 – 32.86]	£
Complicación intraparto	NS			NS			NS			NS		
Complicación postparto	No disponible			NS			NS			NS		
Peso al nacer (kg)*	6.03	[5.70 – 6.36]	£	4.97	[4.67 – 5.26]		4.59	[4.03 – 5.14]		3.91	[3.66 – 4.15]	
Sexo del niño	NS			NS			NS			NS		
Edad del niño (meses)*	2.40	[2.26 – 2.54]	£	2.46	[2.29 – 2.63]	£	2.54	[2.19 – 2.90]		2.63	[2.43 – 2.82]	
Inicio precoz LM												
No	52.56	[48.15 – 56.92]		42.43	[36.92 – 48.14]	Ref	42.43	[31.46 – 54.19]		28.25	[22.04 – 35.42]	Ref
Sí	52.70	[47.70 – 57.65]		58.80	[53.55 – 63.87]	£	57.78	[43.40 – 70.96]		69.58	[63.82 – 74.78]	£
Uso de biberón												
No	75.72	[72.25 – 78.87]	Ref	65.26	[61.21 – 96.11]	Ref	61.57	[52.01 – 70.31]	Ref	66.94	[61.72 – 71.77]	Ref
Sí	1.97	[1.05 – 3.66]	£	4.58	[2.29 – 8.97]	£	0.58	[0.08 – 4.11]	£	4.38	[1.88 – 9.86]	£

(*): Valores presentados como promedios. £: Significancia estadística en relación al grupo de referencia basado en la diferencia en los valores de intervalo (inferencia). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales). NS: No significativo

Fuente: Base de datos ENDES 1996 - 2011

Características individuales relacionadas al cumplimiento de LME en el periodo 1996 – 2011.

Para el año 2000, 2006 y 2011 la frecuencia de lectura de periódicos o revistas influyeron en el cumplimiento de la LME, al igual que la frecuencia de ver televisión para el año 2000 y 2011. En este último, el acceso a internet mostró un bajo cumplimiento de la LME. No se observaron diferencias respecto al consumo de tabaco o alcohol, la violencia física o emocional y la frecuencia de escuchar radio.

Tabla 3. Características individuales en la población nacional de niños de 5 meses o menos, según condición de alimentación exclusivamente con lactancia materna en el año 2000 y 2006.

Características individuales	2000 (n=1161)			2006(n=252)		
	%	IC 95 %		%	IC 95%	
Consumo de tabaco	No disponible			NS		
Frecuencia lectura de periódicos o revistas						
Casi nunca	64.34	[58.03 – 70.18]	Ref	60.10	[42.23 – 75.63]	Ref
<de 1 vez/sem.	46.32	[41.20 – 51.52]	£	52.21	[40.26 – 63.91]	
Al menos 1 vez/sem.	38.95	[24.71 – 55.37]	£	41.50	[13.21 – 76.78]	
Casi siempre	44.59	[32.53 – 57.32]	£	14.78	[4.59 – 38.48]	£
Frecuencia escuchar radio	NS			NS		
Frecuencia ver televisión						
Casi nunca	61.21	[54.51 – 67.60]	Ref	70.51	[42.92 – 88.38]	
<de 1 vez/sem.	57.44	[50.60 – 67.60]		52.84	[40.16 – 65.17]	
Al menos 1 vez/sem.	37.95	[13.81 – 70.01]		31.68	[6.93 – 74.27]	
Casi siempre	43.17	[37.51 – 49.08]	£	43.37	[30.54 – 57.16]	

£: Significancia estadística en relación al grupo de referencia basado en la diferencia en los valores de intervalo (inferencia).

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales). NS: No significativo

Fuente: Base de datos ENDES 1996 - 2011

Tabla 4. Características individuales en la población nacional de niños de 5 meses o menos, según condición de alimentación exclusivamente con lactancia materna en el año 2011.

Características individuales	2011 (n=788)		
	%	IC 95%	
Consumo de tabaco			
No	51.40	[46.42 – 56.36]	
Sí	32.99	[4.18 – 84.75]	
Consumo de alcohol			
Nunca	53.71	[34.94 – 71.49]	
Frecuentemente	57.37	[10.41 – 93.97]	
Algunas veces	25.60	[10.19 – 51.05]	
Violencia emocional			
No	51.34	[45.02 – 57.62]	
Sí	48.27	[36.01 – 60.74]	
Violencia física			
No	50.81	[45.01 – 56.59]	
Sí	66.90	[41.24 – 85.34]	
Frecuencia lectura de periódicos o revistas			
Casi nunca	72.42	[61.87 – 80.95]	Ref
<de 1 vez/sem.	49.71	[43.26 – 56.16]	£
Al menos 1 vez/sem.	48.60	[30.45 – 67.13]	
Casi siempre	38.74	[28.13 – 50.53]	£
Frecuencia escuchar radio			
Casi nunca	49.21	[28.80 – 69.89]	
<de 1 vez/sem.	53.26	[45.39 – 60.96]	
Al menos 1 vez/sem.	41.66	[22.07 – 64.30]	
Casi siempre	50.85	[44.45 – 57.21]	
Frecuencia ver televisión			
Casi nunca	69.68	[55.47 – 80.92]	Ref
<de 1 vez/sem.	65.71	[57.06 – 73.43]	
Al menos 1 vez/sem.	82.56	[54.89 – 94.85]	
Casi siempre	41.64	[35.35 – 48.20]	£
Acceso a internet			
No	55.74	[50.45 – 60.89]	Ref
Sí	12.40	[5.39 – 26.02]	£

£: Significancia estadística en relación al grupo de referencia basado en la diferencia en los valores de intervalo (inferencia). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales).

Fuente: Base de datos ENDES 1996 - 2011

Factores sociodemográficos, individuales y materno asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 1996 - 2011

Para el año 1996, en el análisis ajustado se encontró que la ocurrencia de LME estuvo asociada significativamente con el estado civil de la madre, el nivel educativo del padre y de la madre, el periodo intergenésico, la edad del niño y el uso de biberón.

Tabla 5. Análisis multivariado para los factores asociados a lactancia materna exclusiva en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 1996.

1996	RP	[IC 95%]	p-valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.06	[0.94 – 1.19]	0.324	
Selva	0.96	[0.85 – 1.09]	0.551	
Estado civil de la madre				
Soltera	1.00			
Casada	1.72	[1.11 – 2.65]	0.015	£
Conviviente	1.49	[0.96 – 2.30]	0.073	
Viuda	2.31	[1.44 – 3.71]	0.001	£
Nivel educativo materno (años)	0.98	[0.97 – 0.99]	0.024	£
Nivel educativo materno				
Ninguno o preescolar	1.00			
Primaria	1.02	[0.88 – 1.18]	0.808	
Secundaria	0.83	[0.69 – 0.99]	0.049	£
Superior	0.65	[0.51 – 0.84]	0.001	£
Nivel educativo paterno (años)	1.00	[0.99 – 1.02]	0.838	
Periodo intergenésico	0.99	[0.99 – 0.99]	0.009	£
Parto institucional				
No	1.00			
Sí	1.16	[1.04 – 1.30]	0.009	£
Edad del niño (meses)	0.90	[0.87 – 0.92]	0.000	£
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.03	[0.01 – 0.06]	0.000	£

£: p-valor < 0.05 para el test de Walt para el modelamiento lineal generalizado. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos `svyestimation` (proporciones y promedios poblacionales)

Para el año 2000, el residir en la Sierra, el inicio precoz de LM, el nivel educativo del padre, la edad del niño y el uso del biberón, fueron factores asociados significativamente a LME.

Tabla 6. Análisis multivariado para los factores asociados a lactancia materna exclusiva en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 2000.

2000	RP	[IC 95%]	p-valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.15	[1.03 – 1.29]	0.014	£
Selva	1.00	[0.89 – 1.12]	0.932	
Nivel educativo materno (años)	1.00	[0.98 – 1.01]	0.342	
Nivel educativo materno				
Ninguno o preescolar	1.00			
Primaria	1.01	[0.91 – 1.13]	0.810	
Secundaria	1.01	[0.88 – 1.17]	0.852	
Superior	0.88	[0.71 – 1.08]	0.214	
Nivel educativo paterno (años)	0.99	[0.97 – 0.99]	0.026	£
Edad del niño (meses)	0.94	[0.92 – 0.95]	0.000	£
Inicio precoz LM				
No	1.00			
Sí	1.50	[1.39 – 1.62]	0.000	£
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.10	[0.07 – 0.15]	0.000	£
Frecuencia lectura de periódicos o revistas				
Casi nunca	1.00			
<de 1 vez/sem.	0.96	[0.88 – 1.04]	0.287	
Al menos 1 vez/sem.	1.03	[0.85 – 1.24]	0.751	
Casi siempre	1.02	[0.85 – 1.24]	0.800	

£: p-valor < 0.05 para el test de Walt para el modelamiento lineal generalizado. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales)

Para el año 2006, el residir en la Sierra, el uso de biberón y la frecuencia de lectura de periódicos o revistas por parte de la madre, se comportaron como factores asociados a LME.

Tabla 7. Análisis multivariado para los factores asociados a LME en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 2006.

2006	RP	[IC 95%]	p-valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.41	[1.06 – 1.88]	0.020	£
Selva	1.31	[0.98 – 1.75]	0.071	
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.04	[0.01 – 0.14]	0.000	£
Frecuencia lectura de periódicos o revistas				
Casi nunca	1.00			
<de 1 vez/sem.	0.90	[0.78 – 1.04]	0.137	
Al menos 1 vez/sem.	1.13	[0.78 – 1.62]	0.525	
Casi siempre	0.61	[0.38 – 0.99]	0.048	£

£: p-valor < 0.05 para el test de Walt para el modelamiento lineal generalizado. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales)

Finalmente, para el año 2011, el inicio precoz de LM, el nivel educativo de la madre y el uso de biberón se asociaron significativamente a LME (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis multivariado para los factores asociados a LME en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 2011.

2011	RP	[IC 95%]	p-valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.05	[0.88 – 1.25]	0.613	
Selva	1.18	[0.98 – 1.42]	0.081	
Nivel educativo materno (años)	0.95	[0.93 – 0.98]	0.000	£
Nivel educativo materno				
Ninguno o preescolar	1.00			
Primaria	0.84	[0.66 – 1.07]	0.155	
Secundaria	0.65	[0.50 – 0.85]	0.001	£
Superior	0.53	[0.38 – 0.74]	0.000	£
Nivel educativo paterno (años)	1.01	[1.00 – 1.03]	0.276	
Inicio precoz LM				
No	1.00			
Sí	1.52	[1.30 – 1.77]	0.000	£
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.11	[0.06 – 0.21]	0.000	£
Frecuencia lectura de periódicos o revistas				
Casi nunca	NS			
<de 1 vez/sem.	0.97	[0.86 – 1.09]	0.556	
Al menos 1 vez/sem.	1.07	[0.85 – 1.35]	0.583	
Casi siempre	0.98	[0.77 – 1.25]	0.864	

£: p-valor < 0.05 para el test de Walt para el modelamiento lineal generalizado. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales)

VI. DISCUSIÓN

El beneficio global de la LM para el ser humano está hoy en día fuera de toda duda. Existe literatura científica de calidad que objetiva estos beneficios en las madres que amamantan, en sus hijos y por ende en la sociedad en la que vivimos. Organismos internacionales que velan por la salud de la sociedad recomiendan que las madres alimenten a sus hijos con su leche de forma exclusiva hasta los 6 meses y la continúen en combinación con la alimentación complementaria a partir de ese momento y hasta los 2 años de vida. Históricamente la aparición de sucedáneos y sustitutos de la leche de madre supuso una caída en su utilización. La Asamblea Mundial de la Salud realizó las primeras llamadas de alerta al respecto en 1974 y 1978. Desde entonces, las bajas proporciones de inicio de LM y su cese precoz han sido finalmente reconocidas como un problema de salud pública, que ha hecho reaccionar a diversos organismos nacionales e internacionales con la publicación de recomendaciones dirigidas a la promoción y protección de la lactancia natural. No obstante y a pesar de los esfuerzos, no se cumplen los objetivos antes citados y muchos trabajos han investigado los motivos de que no se inicie la LM de forma generalizada y de que se abandone de forma precoz.

Existen muy pocos datos nacionales sobre las causas del destete precoz, a pesar de la amplia preocupación que ha habido sobre el tema en los últimos 20 años. Tampoco existe información sobre la situación de lactancia en el sistema privado de salud. El presente estudio, y tal como lo ha venido reportando el INEI en sus informes oficiales, no muestra una tendencia positiva para el crecimiento de la prevalencia de LME en el Perú. Por otro lado, diversos factores se encuentran asociados al cumplimiento de la LME durante los 6 primeros meses de vida, entre los cuales se encuentran el residir en la Sierra, el nivel educativo de la madre, el inicio precoz de lactancia materna, la edad del niño y el uso del biberón.

Existe una brecha entre las cifras de este estudio y las reportadas por el INEI en relación a la prevalencia de LME. Esta brecha es debida a las diferencias metodológicas en la definición operacional de LME. El uso del período recordatorio del día anterior puede dar como resultado, una estimación excesiva

(hasta en 40%) de la proporción de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna, ya que algunos lactantes a quienes se les dan otros líquidos en forma irregular podrían no haberlos recibido en el día anterior al estudio (OMS, 2008). Además, no se considera la posibilidad que el niño reciba alimentos o líquidos de personas distintas a la madre.

El indicador propuesto en este estudio, a pesar de ser más restrictivo, supone que igualmente a lo que ya ocurre con la metodología del ENDES, sobreestima la prevalencia de LME al no tomar en cuenta la posible administración de alimentos y líquidos diferentes a la leche materna después del tercer día de vida y antes de las 24 horas de la realización de la encuesta. Por otro lado y al igual que otros indicadores basados en el estado actual, la LME se basa en un corte transversal de niños en un rango de edad determinado, en este caso niños con edad comprendida entre el nacimiento hasta justo antes de alcanzar los 6 meses de edad. Por lo tanto, no representa adecuadamente a toda la población de lactantes que han sido alimentados exclusivamente con leche materna hasta justo antes de cumplir los 6 meses de edad y no debería ser interpretado como tal. Generalmente, se acepta que la proporción de exclusivamente amamantados hasta justo antes de los 6 meses de edad sea más baja que el número derivado del indicador del estado actual.(OMS, 2008)

Los estudios centrados en las características socio-demográficas de las madres analizan datos que determinan la relación de las tasas de lactancia con aspectos relativamente lejanos al proceso del amamantamiento, que probablemente no contribuyen directamente a la toma de decisiones de las mujeres, como es el caso del lugar de residencia, el cual muestra una tendencia favorable de la LME en las zonas de la Sierra en comparación con la Costa y Selva. La lactancia con frecuencia declina cuando las mujeres rurales se van a las áreas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización. Las mujeres que trabajan en fábricas u oficinas pueden llegar a creer que no pueden combinar su empleo con la lactancia, y las condiciones y leyes laborales pueden además dificultar que la mujer pueda tener un trabajo y alimentar a su bebé.

Es posible que los padres con mayor educación, estén mejor informados y conscientes de los beneficios de la lactancia materna, por lo que algunos estudios resaltan que el mayor nivel de educación materno está asociado positivamente con la LME (Mascarenhas, Albernaz, Silva, & Silveira, 2006b), coincidiendo con el resultado encontrado en este estudio con el nivel educativo paterno. Sin embargo, se encontró lo contrario con respecto al nivel educativo materno, mostrando los hijos de madres sin nivel educativo alguno un mayor cumplimiento de la LME con respecto a aquellos hijos de madres con nivel instructivo superior.

Un periodo intergenésico corto estuvo asociado a un mejor cumplimiento de la LME, lo cual podría explicarse por el hecho que aquellas mujeres con periodos más cortos no siendo usuarias de métodos anticonceptivos estrictos ni teniendo una planificación familiar estructurada como tal, pudieran ser mujeres sin una ocupación laboral fuera del hogar lo cual haría factible un mantenimiento de la lactancia materna. Este hallazgo es consistente con otro factor asociado reportado por la literatura: experiencia previa de lactancia.(Mascarenhas et al., 2006b)

A medida que la edad del niño se aproxima a los seis meses, el cumplimiento de LME disminuye progresiva y significativamente (Setegn et al., 2012b). Ello puede deberse al hecho, que con el crecimiento del niño, sus madres paulatinamente van reduciendo el nivel de cuidados prodigados, retomando inclusive sus actividades laborales e introduciendo la alimentación complementaria bajo el supuesto de que la leche materna no satisface por sí sola las necesidades del niño.

La primera hora tras el parto es un momento de gran relevancia en lo que respecta a la lactancia materna, en el que la madre presenta un estado de especial sensibilidad y el recién nacido, en alerta, es capaz de reptar y realizar la primera toma. Por este motivo, la puesta al pecho en la primera hora tras el nacimiento es especialmente importante para el establecimiento de la lactancia materna. Los datos de este estudio reflejan la importancia de esta práctica así como del alojamiento conjunto sobre el inicio de la lactancia materna. Estos datos corroboran, una vez más, que las iniciativas de promoción, protección y

apoyo a la lactancia materna deben ser continuas a lo largo de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio y que deben ser mantenidas y cuidadas en el tiempo si se quiere potenciar la duración de la misma.(Aguayo Maldonado; p. et al., 2005). Por otro lado, la alta incidencia de cesáreas es un problema a resolver, para que no afecte el inicio precoz del amamantamiento que favorece la LME hasta los 6 meses.

El uso de biberones fue el factor más intensamente asociado a menores tasas de prevalencia de LME. Este resultado coincide con estudios previos que señalan el uso de chupones como un factor asociado a un abandono precoz de la lactancia. (Mascarenhas et al., 2006b)Esta práctica cultural, comúnmente aceptada, interviene en el proceso fisiológico de la lactancia. El lactante requiere mayor esfuerzo para succionar la leche desde el seno de la madre y con el uso de chupones y biberones cambia la sensación y desaparece el esfuerzo de la succión, lo que genera un efecto fisiológico negativo sobre la estimulación mamaria y, por lo tanto, en la producción de leche.(Osorio Castaño, Jhon Henry & Botero Ortiz, Beatriz Eugenia, 2012)

La gran mayoría de las madres pueden amamantar a sus hijos y sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un lactante la leche de su madre. En esas escasas situaciones, la elección de la mejor alternativa – leche materna extraída de la propia madre del lactante, de un banco de leche humana, o un sucedáneo de la leche materna ofrecido en una taza, que es un método más seguro que el biberón y la tetina – depende de cada circunstancia. (*Estrategia Mundial Para la Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño*, 2003)

Un elemento particular de este estudio es el papel de los medios de comunicación, el cual es aparentemente nulo independientemente del camino que sea utilizado (radio, medios escritos o televisión) en relación al cumplimiento de la LME. Si bien ello puede indicar que la estrategia de medios masivos puede no ser la más eficiente para la transmisión de mensajes comunicacionales respecto a la LME, estos mismos resultados pueden sugerir también que la forma en que han sido utilizados no ha sido la más apropiada. Esto ha de tomarse en consideración puesto que en general en nuestro sistema de salud

predominan materiales educativos comunicacionales producidos en Lima, principalmente folletos y afiches, en cantidad siempre reportada como insuficiente y que no siempre respeta la idiosincrasia local.

Habiendo identificado los principales factores asociados al cumplimiento de la LME desde el enfoque epidemiológico, se exploró los motivos referidos por las madres para no dar de lactar. La creencia de que la producción de leche materna era insuficiente fue una de los principales motivos, ubicada sólo después de la muerte o enfermedad del niño. Similarmente, también se ubicó como uno de los principales motivos para interrumpir la lactancia materna (sólo después de la edad del niño). Considerando que se ha reportado que la producción baja de leche (hipogalactia) como causa real de necesidad de leche artificial está presente sólo entre un 4% y 10% de los casos (Barriuso Lapresa, Sánchez-Valverde Visus, Romero Ibarra, & Vitoria Comerzana, 1999), se ha resaltado que en la mayoría de situaciones resulta ser sólo un motivo de la madre para justificar el abandono de la lactancia materna.(Delgado-Becerra, Arroyo-Cabrales, Díaz-García, & Quezada-Salazar, 2006b). Las lagunas más importantes no se encuentran en el ámbito de la información genérica sobre los beneficios de la lactancia, sino en el aprendizaje práctico de la resolución de los problemas tempranos asociados a la lactancia. Este aprendizaje permitiría facilitar la práctica de la misma y ayudaría a la madre a dimensionar adecuadamente la gravedad de los problemas, evitando que devengan en abandono de lactancia.

La influencia de estas variables puede variar con el tiempo en una comunidad e influir de forma distinta en diferentes poblaciones o para las diferentes modalidades de lactancia. Sin embargo, estos datos son imprescindibles para la elaboración de políticas sanitarias y deben considerarse como “marcadores de riesgo” de una población, ya que permiten predecir resultados en salud, controlar la evolución de los indicadores de la lactancia y evidenciar las desigualdades en salud de una población.

VII. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de lactancia materna exclusiva en el Perú muestra una tendencia creciente.
2. La LME durante los primeros seis meses de vida está influenciada por numerosos factores que en ocasiones se conocen sólo de modo parcial, que muestran variaciones geográficas y contextuales, y que probablemente actúen con diferente intensidad a lo largo de los primeros meses de la relación madre-hijo. Los factores sociodemográficos asociados de forma significativa a LME fueron el residir en la Sierra y un menor nivel educativo de la madre. Los factores maternos asociados a LME fueron el inicio precoz de LM y menor edad del niño. El uso del biberón fue el factor mayormente asociado a una baja prevalencia de LME. No se encontraron factores individuales asociados a LME.
3. Todos los factores identificados pueden ser de utilidad tanto para el reconocimiento de los grupos de riesgo como para la focalización de intervenciones en salud pública. Los esfuerzos para hacer de la lactancia materna una norma pueden tener éxito, pero deberán convertirse en una prioridad de salud pública. Es de importancia recordar que las prácticas inapropiadas de alimentación y sus consecuencias, son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza.

VIII. LIMITACIONES

La presente investigación comprende el análisis en determinados periodos de tiempo tomados por decisión del autor, lo cual no establece un análisis continuo en el tiempo.

ENDES no cuenta con información de todas las variables propuestas para evaluar los factores asociados según el modelo propuesto (Boccolini et al., 2011)

IX. RECOMENDACIONES

1. Es necesario mejorar la capacidad de recopilar y analizar datos relativos a la prevalencia de la lactancia materna, además de las causas y consecuencias que determinan la prevalencia y duración de la misma en la actualidad. En este sentido, sería recomendable crear un sistema de monitorización de la lactancia materna que permita la recogida de datos con carácter periódico y sistemático y se ajuste a las recomendaciones de la OMS en lo que se refiere a las definiciones de la lactancia materna y la metodología de recogida y análisis de datos empleados.

Sería muy conveniente realizar un control del proceso de lactancia materna desde el inicio con el fin de monitorizar su progreso, el bienestar del lactante y la ausencia de problemas, ya que es en estos primeros momentos cuando se produce un mayor abandono de la lactancia o se introducen sucedáneos, sobre todo si aparecen problemas que la madre no sabe cómo afrontar. Se requieren estudios de cohortes que utilicen definiciones estándares de lactancia materna y que incluyan medidas de intención de lactancia materna, inicio y duración, así como los factores demográficos, físicos, psicológicos y otros posibles factores de confusión.(Inoue et al., 2012)

2. La promoción de la lactancia debería estar dirigida a las mujeres antes de la concepción. Por otro lado, se debe reconocer la importancia de la

promoción de la lectura sobre lactancia dirigida a todas las mujeres en edad fértil. La práctica de nuevos sistemas de promoción debe reconocer el importante papel que pueden desempeñar los padres y deben asegurarse que la promoción de la salud esté dirigido a hombres y padres, así como a las mujeres.(Earle, 2002)

La orientación a las mujeres sobre la lactancia materna debe ser continua: debe ser estimulado durante la atención prenatal, su práctica debe iniciarse temprano en el hospital de maternidad y apoyado durante el seguimiento de la relación madre-bebé. Las necesidades particulares de las mujeres con menor intención de amamantar deben ser identificadas y orientadas correctamente. Además de información, es importante ofrecer apoyo y ánimo a las madres, sobre todo en los primeros días tras el parto, cuando están en una situación de mayor vulnerabilidad física y anímica.

Los grupos que desempeñan una función importante en la promoción de los derechos de las mujeres y los niños y en la creación de un entorno propicio pueden trabajar por separado o junto con los gobiernos y las organizaciones internacionales para mejorar la situación, ayudando a suprimir las barreras culturales y materiales a las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

3. Se necesitan mayores intervenciones e investigación para poner atención a factores como prácticas culturales, acceso y uso de los servicios de salud, educación en alimentación de niños y planificación familiar. Por otro lado, se requieren de estudios cualitativos para identificar los factores de motivación y las formas de superar las barreras a la lactancia materna que se derivan de las preferencias personales ya que pueden ser útiles para ayudar a las mujeres a optar por amamantar.(9)
4. Las entidades sanitarias profesionales, como las facultades de medicina, las escuelas de salud pública, las instituciones públicas y privadas de formación de agentes de salud y las asociaciones profesionales, deben establecer políticas e intervenciones que apoyen a la lactancia materna, especialmente con el fin de contrarrestar la influencia de las industrias lácteas. Entre otras, las organizaciones religiosas y de beneficencia, las

asociaciones de consumidores y los grupos de apoyo entre madres, tienen múltiples posibilidades de contribuir.

El apoyo de base comunitaria, inclusive el que facilitan otras madres, los asesores en materia de lactancia natural profesionales y no profesionales, y los asesores en lactancia cualificados, pueden intervenir de forma eficaz para que las mujeres alimenten a sus hijos de forma apropiada. Los fabricantes y los distribuidores de alimentos preparados industrialmente destinados a los lactantes y los niños pequeños también deben desempeñar una función constructiva en el logro del fin de esta estrategia. Las funciones de muchos otros componentes de la sociedad pueden influir en la promoción de unas buenas prácticas de alimentación. Esos componentes son: las autoridades educativas, medios de comunicación, guarderías, entre otros.

Finalmente, la protección de la lactancia debe estar basada principalmente en: la completa implementación del Código Internacional, incluyendo mecanismos para reforzar y perseguir las violaciones; y sobre legislación de la protección de la maternidad que permita a todas las madres trabajadoras amamantar exclusivamente a sus hijos durante seis meses y continuar más allá. La promoción depende de la implementación de políticas nacionales y recomendaciones a todos los niveles del sistema social y de salud para que se perciba la lactancia como la norma. El apoyo eficaz requiere compromisos para establecer una normativa de prácticas en todas las instituciones de cuidados maternos e infantiles.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo Maldonado; p., Pasadas del Amo, S., Ramírez troyano, A., Rello Yubero, C., Martínez Rodríguez, M., & Bonal Pitz, P. (2005). La lactancia materna en Andalucía. En *La lactancia materna en Andalucía*.
- Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M., & Tamim, H. (2010). Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics*, 10(1), 20. doi:10.1186/1471-2431-10-20
- Barriuso Lapresa, L. M., Sánchez-Valverde Visus, F., Romero Ibarra, C., & Vitoria Comerzana, J. C. (1999). [Epidemiology of breast feeding in north-central Spain]. *Anales españoles de pediatría*, 50(3), 237-243.
- Boccolini, C. S., Carvalho, M. L. de, Oliveira, M. I. C. de, & Vasconcellos, A. G. G. (2011). Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Revista de saúde pública*, 45(1), 69-78.
- Caetano, M. C., Ortiz, T. T. O., Silva, S. G. L. da, Souza, F. I. S. de, & Sarni, R. O. S. (2010). Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *Jornal de pediatria*, 86(3), 196-201. doi:doi:10.2223/JPED.1994
- Camargo Figuera, Fabio Alberto; Latorre Latorre, José Fidel; Porras Carreño, Johanna Andrea. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.

- Delgado-Becerra, A., Arroyo-Cabrales, L. M., Díaz-García, M. A., & Quezada-Salazar, C. A. (2006a). Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(1), 31-39.
- DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2008). Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *PEDIATRICS*, 122(Supplement), S43-S49. doi:10.1542/peds.2008-1315e
- Earle, S. (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, 17(3), 205-214. doi:10.1093/heapro/17.3.205
- Estrategia Mundial Para la Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño*. (2003). World Health Organization.
- Fein, S. B., Grummer-Strawn, L. M., & Raju, T. N. K. (2008). Infant Feeding and Care Practices in the United States: Results From the Infant Feeding Practices Study II. *PEDIATRICS*, 122(Supplement), S25-S27. doi:10.1542/peds.2008-1315b
- Franco, Á. L. L., & López, M. S. M. (2010). Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (19), 124-137.

- Galiano, J. M. M. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de enfermería*, 13(6), 61-67.
- Gatica, C. I., & Méndez de Feu, M. C. (2009). Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Archivos argentinos de pediatría*, 107(6), 496-503.
- INEI. (2011). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*.
- Inoue, M., Binns, C. W., Otsuka, K., Jimba, M., & Matsubara, M. (2012). Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *International breastfeeding journal*, 7(1), 15. doi:10.1186/1746-4358-7-15
- Kaplan, D. L., & Graff, K. M. (2008). Marketing Breastfeeding—Reversing Corporate Influence on Infant Feeding Practices. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85(4), 486-504. doi:10.1007/s11524-008-9279-6
- Kimani-Murage, E. W., Madise, N. J., Fotso, J.-C., Kyobutungi, C., Mutua, M. K., Gitau, T. M., & Yatich, N. (2011a). Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC public health*, 11, 396. doi:10.1186/1471-2458-11-396
- Lauer, J. A., Betrán, A. P., Victora, C. G., de Onís, M., & Barros, A. J. D. (2004a). Breastfeeding patterns and exposure to suboptimal breastfeeding

among children in developing countries: review and analysis of nationally representative surveys. *BMC medicine*, 2, 26. doi:10.1186/1741-7015-2-26

Li, R., Fein, S. B., & Grummer-Strawn, L. M. (2010). Do Infants Fed From Bottles Lack Self-regulation of Milk Intake Compared With Directly Breastfed Infants? *Pediatrics*, 125(6), e1386-e1393. doi:10.1542/peds.2009-2549

Maguiña, Miriam. (s. f.). La lactancia materna en el Perú y el mundo.

Mascarenhas, M. L. W., Albernaz, E. P., Silva, M. B. da, & Silveira, R. B. da. (2006a). Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. *Jornal de pediatria*, 82(4), 289-294. doi:doi:10.2223/JPED.1506

Ministerio de Salud. (2010). *Manual de lactancia materna*. Chile.

MINSA. (2012). *Evolución de los indicadores del Programa Articulado Nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia*.

Niño M, R., Silva E, G., & Atalah S, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161-169. doi:10.4067/S0370-41062012000200007

OMS. (2008). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

OMS. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*.

Orün, E., Yalçın, S. S., Madendağ, Y., Ustünyurt-Eras, Z., Kutluk, S., & Yurdakök, K. (2010). Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish journal of pediatrics*, 52(1), 10-16.

Osorio Castaño, Jhon Henry, & Botero Ortiz, Beatriz Eugenia. (2012). Factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva.

Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, & Vega Alonso AT. (s. f.). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León.

Sánchez-Jaeger, A., Barón, M. A., Solano Rodríguez, L., Guerrero, A., & Díaz, N. (2008). Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 228-233.

Santos-Torres MI, Vásquez-Garibay EM, Troyo-Sanromán R, & Méndez-de León E. (s. f.). Prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses en un hospital con 15 años de práctica del programa Hospital Amigo.

Setegn, T., Belachew, T., Gerbaba, M., Deribe, K., Deribew, A., & Biadgilign, S. (2012a). Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Goba district, south east Ethiopia: a cross-sectional

study. *International breastfeeding journal*, 7(1), 17. doi:10.1186/1746-4358-7-17

Shealy, K. R., Scanlon, K. S., Labiner-Wolfe, J., Fein, S. B., & Grummer-Strawn, L. M. (2008). Characteristics of breastfeeding practices among US mothers. *Pediatrics*, 122 Suppl 2, S50-55. doi:10.1542/peds.2008-1315f

Tarrant, R. C., Younger, K. M., Sheridan-Pereira, M., White, M. J., & Kearney, J. M. (2010). The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public health nutrition*, 13(6), 760-770. doi:10.1017/S1368980009991522

UNICEF, I. (2011). *Estado de la niñez en el Perú*.

UNICEF, & MINSA. (2009). *Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud Amigos de la madre y el niño*.

UNICEF, & OPS. (2011). *La lactancia materna y el cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en el Perú*.

Victora, C. G., Matijasevich, A., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Horta, B. L., & Barros, F. C. (2008). Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 24 Suppl 3, S409-416.

Weiser, T. M., Lin, M., Garikapaty, V., Feyerharm, R. W., Bensyl, D. M., & Zhu, B.-P. (2009). Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. *Pediatrics*, 124(6), 1603-1610. doi:10.1542/peds.2008-2711